

# Женщины, снижение вреда и ВИЧ



Ключевые выводы исследований  
в Азербайджане, Грузии,  
Кыргызстане, России и Украине





**СЕРИЯ «ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕЙСТВИИ»**

**Женщины,  
снижение вреда и ВИЧ:  
Ключевые выводы исследований  
в Азербайджане, Грузии,  
Кыргызстане, России и Украине**

**ИНСТИТУТ «ОТКРЫТОЕ ОБЩЕСТВО»  
Международная программа снижения вреда**

© Институт «Открытое общество», 2009. Все права защищены.

Публикация Института «Открытое общество»  
400 West 59th Street  
New York, NY 10019 USA  
www.soros.org

Координаты для получения более подробной информации:

Международная программа снижения вреда

Институт «Открытое общество»

www.soros.org/health

тел: 1 212 548 0600

факс: 1 212 548 4617

Email: [ihrd@sorosny.org](mailto:ihrd@sorosny.org)

### **Международная программа снижения вреда**

Международная программа снижения вреда (IHRD) является проектом Программы общественного здравоохранения Института «Открытое общество». IHRD ставит перед собой цель снижения риска ВИЧ-инфицирования и других вредных последствий инъекционного употребления наркотиков, а также продвижения политики, направленной на защиту потребителей запрещенных наркотиков от стигмы и обеспечение их гражданских прав. С 1995 IHRD оказала поддержку более 200 программам в странах Центральной и Восточной Европы, бывшего Советского Союза и Азии. В своей деятельности IHRD руководствуется принципом, согласно которому люди, неспособные или не желающие отказаться от употребления наркотиков, тем не менее, могут изменить свою жизнь к лучшему, чтобы сохранить свое здоровье и здоровье своих близких. С 2001 года IHRD считает приоритетным направлением адвокатию расширения доступа к программам обмена игл, нарколечению и лечению ВИЧ-инфекции, а также реформирование дискриминационной политики и практики, и расширение участия людей, употребляющих наркотики и живущих с ВИЧ, в формировании политики, влияющей на их жизни.



Canadian International  
Development Agency

Agence canadienne de  
développement international

Canada 

*Данный проект осуществлен при финансовой поддержке Международной программы снижения вреда Института «Открытое общество» и Правительства Канады через Канадское агентство международного развития.*

*Projet réalisé avec l'appui financier du Programme International du Développement de la Réduction des Méfaits de l'Open Society Institute et du gouvernement du Canada agissant par l'entremise de l'Agence canadienne de développement international (ACDI)*

Редактор: Пол Сильва

Дизайн и верстка: Юдит Ковач | Createch Ltd.

Фото: Софи Пинкэм | 2009, Аутрич-работница, Полтава, Украина.

# Содержание

Выражение признательности	5
Резюме	7
Методология	15
Гендерно-обусловленные риски и препятствия при получении услуг снижения вреда	19
Гендерное расхождение в доступности услуг снижения вреда	23
Факторы риска, связанные с опасным сексуальным поведением: коммерческий секс, небезопасный секс и невысокая доступность услуг в сфере охраны сексуального здоровья	29
Сложности в получении адекватной диагностики и лечения ВИЧ-инфекции	35
Беременность и материнство: невысокая доступность наблюдения беременности, угроза лишения родительских прав и сложности в исполнении родительских обязанностей	39
Лишение свободы	45
Полис обязательного медицинского страхования и стоимость медицинских услуг	47
Бытовое насилие, противоправные действия милиции и редкие обращения в суд	51
Рекомендации	57
Примечания	63



# Выражение признательности

Предлагаемый обобщающий документ был написан доктором наук Катей Бернс. Институт «Открытое Общество» выражает особую благодарность автору, а также всем исследователям и участникам опросов, материалы которых легли в основу данной работы. Институт также признателен Софи Пинкхэм за предоставленные подробные и полезные замечания; Дэниэлу Вулфу, Марине Смелянской, Ребекке Толсон и Роксан Сосье за редактирование и дополнительную помощь.

В основу предлагаемого документа легли следующие исследования, проведенные в пяти странах:

- ▶ **Азербайджан:** *«Оценочное исследование рисков ВИЧ-инфицирования для женщин, употребляющих наркотики и занимающихся коммерческим сексом»* (2009). Баку: Социальный союз за гражданские права «Чистый мир».
- ▶ **Грузия:** *«Наркотики, женщины и снижение вреда в Грузии»* (2008). Тбилиси: Грузинская сеть снижения вреда.
- ▶ **Кыргызстан:** Джалбиева И.Д., Ермолаева И.В., Токомбаева М.М. (2009). *«Ограниченная доступность услуг и социально-психологические факторы распространения ВИЧ-инфекции среди женщин-ПИН в южном регионе Кыргызстана. Отчет о результатах исследования»*.
- ▶ **Россия:** Олейник С., Федосеева Н. (2008) *«Оценка услуг, политики и социальных факторов, влияющих на жизнь женщин, употребляющих наркотики, в семи*

*регионах России». Пенза: Общественный фонд поддержки образования и здравоохранения города Пензы «АнтиСПИД».*

- ▶ **Россия, Санкт-Петербург:** Мейлахс Н., Мейлахс П. (2008). *«Женщины, употребление наркотиков и снижение вреда в Грузии, России и на Украине: Исследование российского случая на примере Санкт-Петербурга».* Санкт-Петербург: Центр независимых социологических исследований и благотворительный общественный Фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие».
- ▶ **Украина:** Тищенко С.П., Гончарова И.О., Монахова Н., Стрельцов О.М. (2008). *«Отчет по результатам исследования доступности услуг снижения вреда и охране репродуктивного и сексуального здоровья в Украине для женщин, употребляющих наркотики».* Киев: Социальное агентство «Центр психосоциальной реабилитации химически зависимой молодежи «Крок за кроком».

# Резюме

Женщины, употребляющие наркотики, сталкиваются с двойной проблемой: они менее мужчин защищены от ВИЧ-инфицирования половым и инъекционным путями и испытывают больше препятствий в доступе к необходимым услугам. Данный документ обобщает результаты проведенных на местах оценочных исследований доступа женщин к услугам снижения вреда, антиретровирусному лечению и охране репродуктивного здоровья в пяти странах: Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, России (Санкт-Петербург и еще 7 регионов) и Украине. Выполненные при поддержке Международной программы снижения вреда Института «Открытое общество», местных фондов Сороса, а также Канадского Агентства Международного Развития (в России, Грузии и Украине), эти исследования предоставляют новые данные о гендерно-обусловленных факторах уязвимости и доступа, с которым сталкиваются употребляющие наркотики женщины (в частности, незащищенность от ВИЧ-инфицирования при инъекционном введении наркотиков и гендерные препятствия при получении услуг снижения вреда и лечения от наркозависимости), и предлагают направления дальнейших исследований и деятельности программ.

## **Повышенный риск ВИЧ-инфицирования**

Женщины с большей вероятностью оказываются «вторыми на игле» и совместно используют инъекционный инструментарий: многие вместо того, чтобы делать инъекции самостоятельно, полагаются на мужчин-партнеров. Оценочные исследования также показали, что женщины очень уязвимы для инфицирования ВИЧ половым

путем. Было зафиксировано существенное совмещение употребления наркотиков и предоставления сексуальных услуг, а также невысокие уровни использования презервативов и ограниченный доступ к услугам охраны сексуального здоровья. Почти 43% опрошенных в российских регионах женщин, предоставляют сексуальные услуги в обмен на наркотики или деньги; 62% опрошенных в Кыргызстане женщин причисляют себя к секс-работникам; а 84% опрошенных в Азербайджане занимаются сделанным сексом за наркотики или деньги. Опрошенные женщины сообщали о том, как проблематично договориться с клиентами об использовании презерватива при предоставлении сексуальных услуг. На Украине женщины сообщили о собственном нежелании использовать презервативы со своими постоянными партнерами по причине неудобства презервативов либо их низкого качества и вероятности разрыва. В Грузии, несмотря на большую долю женщин-потребителей наркотиков, чьи партнеры также употребляют наркотики, более 4 из 5 женщин не сдавали анализ на ВИЧ-инфекцию.

## **Ограниченная доступность профилактики ВИЧ-инфекции и лечения от наркозависимости**

Женщины с меньшей вероятностью, чем мужчины, сами обращаются к услугам снижения вреда. Потребители наркотиков и сервисные организации приводят работу по дому, обязанности по воспитанию детей и гендерные общественные нормы в качестве причин, по которым женщины предпочитают полагаться на мужчин в обеспечении их чистыми иглами и шприцами. Женщины также сталкиваются с проблемами при получении лечения от наркозависимости: отсутствие услуг по уходу за детьми в стационарных лечебных учреждениях, высокая стоимость анонимного лечения, и постановка на учет в государственных наркологических диспансерах, которая может привести к ограничению или лишению родительских прав. Подавляющая часть услуг по детоксификации и реабилитации требует раздельного проживания партнеров во время лечения, таким образом, возводя значительное препятствие для женщин, которые опасаются потерять своего партнера за время длительной разлуки. В некоторых стационарных центрах лечения от наркозависимости не хватает палат или койко-мест, чтобы предоставить отдельное помещение для женщин, а персонал не всегда компетентен в вопросах особых женских потребностей. Оценочное исследование в Санкт-Петербурге отметило ряд дополнительных гендерных препятствий в лечении, в том числе ограничения в приеме определенных категорий женщин: бездомных, переживших бытовое насилие, а также из семей, члены которых продолжают употреблять наркотики. В целом, в учреждениях, предоставляющих лечение от наркозависимости, система выдачи направлений на получение услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья практически отсутствует или крайне неэффективна.

## **Отсутствие услуг снижения вреда по время пребывания под стражей**

Крайне ограничена доступность стерильного инъекционного инструментария или лечения метадоном для заключенных (вне зависимости от пола) во всех исследованных странах. И хотя в Кыргызстане предлагается обмен игл в местах лишения свободы, а в Грузии и в Кыргызстане предлагается лечение метадоном в исправительных учреждениях, эти услуги недоступны женщинам-заключенным. Услуги, предоставляемые после освобождения, не в состоянии удовлетворить потребности женщин, особенно женщин с маленькими детьми, поскольку жилье предоставляется лишь на короткий срок, и этого времени не хватает для сбора необходимых документов на получение постоянного жилья.

## **Ограниченный доступ к надлежащему наблюдению беременности**

Единицы употребляющих наркотики женщин получают доступ к дородовому наблюдению, и то лишь в третьем триместре; некоторые получали медицинское обслуживание только с момента родов. Практически нет доступа к акушерам и гинекологам, осведомленным в вопросах употребления наркотиков во время беременности, а многие женщины сообщали о нетерпимости или стигматизации со стороны предоставляющих услуги организаций и о чрезмерно высоких ценах на услуги.

## **Отсутствие заместительной терапии в период беременности или в родильных домах и потеря прав на новорожденных**

Только в исследовании в Кыргызстане отмечается наличие доступа беременных женщин к метадону. Отсутствие метадона или бупренорфина в родильных отделениях вынуждает женщин покинуть больницу вскоре после родов в поисках дозы наркотика для облегчения абстиненции; а некоторые родильные отделения отдают детей на усыновление без согласия матерей.

## **Лишения прав на старших детей и нарушение конфиденциальности**

В результате состояния на учете в наркологических диспансерах, угроза лишения прав на ребенка остается и после выписки из родильного отделения. Некоторые сообщают о сложностях получения медицинских услуг и предоставления образования детям, если в образовательных и медицинских учреждениях становится известно о том, что мать употребляла наркотики.

## **Обследование на ВИЧ-инфекцию без консультирования или согласия пациенток**

Женщины сообщают о том, что учреждения проводят обследование на ВИЧ-инфекцию без консультирования или даже информирования о проведении анализа, особенно во время беременности или родов.

## **Препятствия в получении лечения от ВИЧ-инфекции или ИППП**

Среди причин нежелания лечения от ВИЧ-инфекции, женщины приводят отсутствие ухода за детьми в лечебных учреждениях, нетерпимое отношение персонала к потребителям наркотиков, а также страх бесплодия как следствие антиретровирусной терапии.

## **Недостаточная защита жертв бытового насилия и противоправные действия милиции**

Употребляющие наркотики женщины сообщают о высоких показателях бытового насилия – особенно в Азербайджане – и в то же время о неудобствах при обращении за медицинской, социальной или юридической помощью после побоев или изнасилования. Некоторые медицинские учреждения сообщают о случаях бытового насилия в милицию, которой употребляющие наркотики женщины не доверяют, а многие даже являются жертвами физического и сексуального насилия со стороны ее сотрудников. Юридические и социальные службы, которые призваны помогать женщинам в случаях бытового насилия или противоправных действий милиции, либо недоступны по финансовым причинам, либо не оказывают должной моральной поддержки или неэффективны.

## **Рекомендации**

Конкретные шаги со стороны предоставляющих услуги учреждений и должностных лиц могут резко повысить доступность и эффективность услуг для употребляющих наркотики женщин. В развернутом виде рекомендации представлены в соответствующем разделе на стр. 41.

## Организациям, осуществляющим обмен игл и аутич образовательную деятельность

- ▶ Сделать услуги снижения вреда более удобными для матерей путем предоставления возможностей по уходу за детьми, удобных для детей товаров и услуг, а также занятий по воспитанию;
- ▶ Предоставить структурированные возможности женщинам для поддержки друг друга, например, в форме женских групп поддержки;
- ▶ Предлагать женщинам, употребляющим наркотики, информацию о контрацепции, беременности и их законных правах;
- ▶ Создать консультирование пар при службах снижения вреда, лечения от наркозависимости, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции;
- ▶ Проводить инструктаж по безопасному инъекционному введению наркотиков во время коротких обучающих занятий исключительно для женщин;
- ▶ Установить связь с или предоставлять низкопороговые услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе предоставление презервативов и инструкций по их использованию, а также тестов на беременность в домашних условиях или доступ к диагностике беременности;
- ▶ Повысить потенциал НПО путем постоянного обучения персонала и аутич-работников вопросам работы с употребляющими наркотики женщинами;
- ▶ С целью повышения согласованности и доступности услуг для женщин, употребляющих наркотики, документировать все сложности, вызванные отсутствием комплексных услуг, и проводить адвокацию, направленную на государственных чиновников, государственные медицинские учреждения, региональные и местные органы власти.

## Учреждениям, предоставляющим лечение от наркозависимости

- ▶ Обеспечить предоставление палат для женщин и ухода за детьми для матерей с детьми в учреждениях, предоставляющих лечение от наркозависимости;
- ▶ Отменить ограничения на лечение определенных категорий женщин: бездомных, жертв бытового насилия и из семей, члены которых продолжают употреблять наркотики;
- ▶ Предлагать лечение от наркозависимости для пар и членов семьи, с целью улучшения показателей посещаемости и соблюдения режима лечения;

- ▶ Предложить или создать устойчивые связи с учреждениями, предоставляющими лечение ВИЧ-инфекции, и акушерско-гинекологическими службами;
- ▶ Проводить обучение сотрудников СПИД центров и женских консультаций по вопросам надлежащего обращения с пациентами, употребляющими наркотики, а также стратегии по увеличению показателей соблюдения режима лечения;
- ▶ Обеспечить доступность лечения метадонотерапией для беременных женщин и в родильных отделениях;
- ▶ Предоставить или обеспечить снабжение тубдиспансеров и СПИД центров метадонотерапией или бупренорфином.

### **Учреждениям, предоставляющим услуги по диагностике, лечению ВИЧ-инфекции и ИППП и уходу за больными**

- ▶ Улучшить предоставление услуг в сфере репродуктивного здоровья, интеграцию лечения ВИЧ-инфекции, ИППП и наркозависимости, а также взаимную выдачу направлений между службами лечения наркозависимости и охраны сексуального здоровья;
- ▶ Проводить обучение сотрудников медицинских учреждений по вопросам работы с активными потребителями наркотиков и необходимых мерах для поддержания соблюдения ими режима лечения;
- ▶ Установить связи с кризисными центрами для жертв бытового насилия;
- ▶ Заменить обязательное стационарное лечение инфекций, передающихся половым путем, синдромным лечением, не требующим дорогостоящего и длительного лабораторного подтверждения наличия инфекции;
- ▶ Предлагать анонимное лечение ИППП и гарантировать конфиденциальность всей медицинской информации, в том числе сведений об употреблении наркотиков, статусе ВИЧ-инфицирования или историю заболевания ИППП и гепатитом.

### **Высшим должностным лицам на государственном, региональном и местном уровнях**

- ▶ Исключить состояние на учете в наркологическом диспансере из списка оснований для ограничения или лишения родительских прав;
- ▶ Прекратить практику обязательного уведомления органов внутренних дел о случаях бытового насилия, а также усилить службы поддержки его жертвам;

- ▶ Гарантировать проведение обследования на ВИЧ-инфекцию исключительно по уведомлению и с согласия пациенток, а также обеспечить добровольную основу и конфиденциальность анализов;
- ▶ Издать и добиваться исполнения инструкций для сотрудников милиции в отношении должного обращения с секс-работниками и потребителями наркотиков;
- ▶ Проводить обучение сотрудников социальных служб, организаций, предоставляющих юридическую помощь, и медицинского персонала по вопросам потребностей потребителей наркотиков и недискриминационных процедур.



# Методология

Данный документ объединяет результаты шести отдельных оценочных исследований, проведенных в 2007–2008 гг. в Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, России и Украине при поддержке Института «Открытое общество», Фондов Сороса и Канадского агентства международного развития. Хотя каждое из исследований было независимо подготовлено местной неправительственной организацией, все шесть документов объединяет общая цель: определить гендерно-обусловленные потребности и уязвимость женщин, употребляющих наркотики, оценить наличие и доступность услуг для этой категории женщин, а также предоставить рекомендации по повышению качества и доступности услуг. Оценочные исследования были в частности направлены на изучение доступности для женщин услуг в сферах снижения вреда, охраны сексуального и репродуктивного здоровья, и лечения наркозависимости.

Хотя отдельные оценочные исследования не использовали единую методологию и инструменты, все шесть исследовательских коллективов провели расширенные опросы женщин, употребляющих наркотики. Особенности состава каждого исследовательского коллектива и примененной методологии представлены ниже.

## Азербайджан

Исследование в Азербайджане было проведено в 2007–2008 гг. Проект выполнялся под руководством общественной организации помощи женщинам «Чистый мир». В состав исследовательского коллектива, возглавляемого социологом, вошли: представители НПО «Чистый мир», «Спасатель» и «Борьба со СПИДом», а также главный

врач-нарколог Ленкоранского наркологического диспансера. Исследование проводилось в 5 городах: Баку, Мингечауре, Гяндже, Хачмасе и Астаре. В целом были опрошены 150 женщин, употребляющих наркотики.

## Грузия

Оценочное исследование в Грузии осуществила Грузинская сеть снижения вреда в 2008 году. Сотрудники сети в целом опросили 39 женщин, употребляющих наркотики. Дополнительно были опрошены мужчины-потребители наркотиков.

## Кыргызстан

Оценочное исследование в Кыргызстане в декабре 2007 года выполнил коллектив, в состав которого вошли директор НПО «Астерия», президент Кыргызстанской сети снижения вреда и социолог. Были опрошены 73 женщины, употребляющие наркотики, в городах Ош и Джалал-Абад.

## Россия, семь регионов (пензенское оценочное исследование)

Данное оценочное исследование было разработано в г. Пензе, а затем осуществлено в Волгограде, Воронеже, Калининграде, Мурманске, Омске, Оренбурге и Уфе. В ходе исследования были проведены опросы 376 женщин-ПИН, расширенные беседы один-на-один с 63 женщинами (ПИН, в том числе занимающимися коммерческим сексом и ВИЧ-положительными), а также встречи с более 40 сотрудниками проектов из организаций, предоставляющих медицинские, социальные и юридические услуги. В пяти регионах субъектов социологического опроса набирали при поддержке программ снижения вреда, в двух остальных – с помощью групп поддержки потребителей наркотиков, людей, живущих с ВИЧ и их родственников. Данные по регионам собрали координаторы проектов, сотрудники программ снижения вреда и региональные группы поддержки.

## Россия, Санкт-Петербург

Оценочное исследование в Санкт-Петербурге выполнил Центр независимых социологических исследований при участии благотворительного общественного *Фонда* медико-социальных программ «Гуманитарное действие». В рамках исследования была проанализирована местная законодательная и нормативно-правовая база в частях, имеющих отношение к употребляющим наркотики женщинам, проведена оценка местной программы снижения вреда, выполняемой фондом «Гуманитарное действие», городского наркологического диспансера и Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе по СПИДом. Исследовательский коллектив также изучил

препятствия, с которыми сталкиваются употребляющие наркотики женщины при попытке получить доступ к требуемым услугам. Была составлена схема услуг, предоставляемых употребляющим наркотики женщинам в шести учреждениях: кожно-венерическом диспансере, женской консультации, больнице общего профиля, центре лечения от наркозависимости, СПИД центре и родильном доме. В 2007 году было проведено включенное наблюдение в двух пунктах обмена шприцов под руководством благотворительного фонда «Гуманитарное действие»: в стационарном пункте при главном офисе организации и в передвижном пункте, который приезжал в Санкт-Петербургский Центр по профилактике и борьбе по СПИДом и городской центр лечения от наркозависимости. Во всех учреждениях были проведены опросы ключевых информантов, состоялись два обсуждения с употребляющими наркотики женщинами в фокус-группах – одно с женщинами секс-работниками, а другое – с проходящими детоксификацию. Также были проведены расширенные опросы один-на-один женщин, употребляющих наркотики.

## Украина

Оценочное исследование на Украине было осуществлено киевской НПО «Крок за кроком» (КзК) в четырех городах – Киеве, Одессе, Черновцах и Павлограде. КзК провела 7 обсуждений в фокус-группах с употребляющими наркотики женщинами, еще 7 – с сотрудниками служб снижения вреда; 20 расширенных опросов сотрудников сервисных организаций при социальных службах для молодежи, медицинских учреждений, ВИЧ/СПИД центров, женских консультаций, родильных домов, а также 20 расширенных опросов женщин, употребляющих наркотики. В оценочном исследовании применялся ряд критериев для отбора субъектов социологического опроса из числа употребляющих наркотики женщин: все участницы фокус-групп и опросов принимали наркотики не менее 3 лет, продолжали принимать в период либо отказались от наркотиков не более чем за год до проведения исследования. Также субъекты социологического опроса должны были пережить на собственном опыте: 1) лечение инфекции, передающейся половым путем (ИППП); 2) обследование на ВИЧ-инфекцию; 3) участие в программах снижения вреда; или 4) беременность за последние 3 года.



# Гендерно-обусловленные риски и препятствия при получении услуг снижения вреда

## Повышенный риск инфицирования для женщин

Оценочные исследования в Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, России и Украине обнаружили, что употребляющие наркотики женщины особенно не защищены от ВИЧ-инфицирования инъекционным путем по трем причинам: во-первых, женщины склонны делать инъекции иглой, которую уже кто-то использовал, и они предпочитают, чтобы инъекции им делал кто-то – нередко муж или партнер. Во-вторых, у женщин меньше вероятности получить прямой доступ к службам снижения вреда, в которые им часто приходится обращаться не напрямую, через мужчину-партнера, и потому у женщин хуже доступ к информации о безопасном введении инъекций и прочим видам поддержки. В-третьих, женщины сталкиваются с рядом гендерных препятствий при получении детоксификации, реабилитации, лечения метадоном или бупренорфином.

## Гендерная динамика совместного использования игл и доступности услуг снижения вреда

Для опрошенных женщин опыт инъекционного употребления наркотиков часто был в контексте отношений: начинался и нередко контролировался партнером-мужчиной, который добывал наркотики и(ли) шприцы, делал инъекции, предварительно сделав укол себе. Во всех проведенных оценочных исследованиях большая часть женщин сообщала о совместном использовании инъекционного инструментария. Для многих женщин гендерные роли глубоко определяли их опыт инъекционного употребления наркотиков, вероятность совместного использования игл, а также их склонность или способность снижать риск при инъекциях или обращаться в программы снижения вреда. Гендерно-дифференцированный характер таких отношений, в том числе доминантная роль мужчины в получении наркотиков и игл, определении очередности инъекций или даже инструктаж женщины в отношении того, как она должна ощущать воздействие наркотика, был лейтмотивом всех исследований. Нижеследующие выдержки из опросов на Украине, где 100% опрошенных женщин начали употреблять наркотики с мужчинами, которые добывали наркотики для них и делали им первые инъекции, предлагают наглядные примеры:

*«Первый укол сделал друг, мужчина. Ребята сами определили, какую дозу мне надо и рассказывали, что я должна чувствовать, все стояли надо мной, и смотрели какое у меня состояние. Мне очень понравилось».*

*«Наркотики начала употреблять со своим первым мужем. Он был инициатором и меня уговорил. Я вышла за него замуж и только потом узнала, что он начал колоться. Сначала и истерики были, а потом подумала: «Что я буду психовать?»». И укололась первый раз. Он меня уколол, чтоб я уже не кипишевала, чтоб не было скандалов, и мне понравилось».*

Одна респондентка из Украины отметила, что настолько полагалась на своего партнера в вопросах обеспечения и введения наркотиков, что не знала, что делать после его ареста:

*«Я дома всегда была, а он сам покупал, пока его не закрыли. Я видела, когда ждала его, куда он шел и так первый раз сама пошла (за наркотиком). Я еще не знала, на каком этаже 3 или 4, а там уже по двери было все понятно. Постучала, мне открыла наркоманка такая уже старая. Я сказала, что вот Андрея закрыли, я никого не знаю. Я зашла, она меня пожалела, уколола, даже денег, по-моему, не взяла. Она меня колола. Я даже сейчас в очень редких случаях сама колюсь. Колет, тот, кто рядом. Сейчас парень мой».*

Респондентки в Кыргызстане и Азербайджане аналогично сообщали о том, как муж или партнер втянул их, о совместном использовании инъекционного инструментария, о том, что были «вторыми на игле». В оценочном исследовании в Азербайджане 76% женщин сообщили о совместном использовании инъекционного инструментария, из них две трети использовали иглу после кого-то, 35% – после своего мужа или партнера.

## **Гендер и осведомленность о снижении вреда**

Исследования показали широкие расхождения в степени осведомленности женщин об услугах снижения вреда. В странах с более развитыми сетями услуг снижения вреда выше вероятность того, что употребляющие наркотики женщины знают об их существовании. Например, в Кыргызстане, где программы снижения вреда действуют с 1999 года и получили широкую огласку, 86% женщин известно об их существовании. В Азербайджане всего лишь 10% опрошенных (исключительно из столичного Баку) слышали о программах снижения вреда. В период проведения исследования программы снижения вреда также действовали в Гяндже и Астаре, о чем не знала ни одна из опрошенных. В Грузии 64% опрошенных женщин не было известно о существовании проектов снижения вреда, действующих в их районе.

---

**РИС. 1**

**Осведомленность женщин-потребителей наркотиков  
о существующих программах снижения вреда  
(Отдельные страны)**



# Гендерное расхождение в доступности услуг снижения вреда

Даже когда женщинам было известно о существовании услуг снижения вреда, это знание не всегда означало равный доступ. Украинские женщины часто приводили обязанности по дому и по воспитанию детей в качестве причин, по которым они не обращаются в службы снижения вреда. По словам сотрудников этих служб, противодействие мужчины-партнера – еще одна распространенная преграда. Нередко именно мужчины идут в службы снижения вреда и приносят домой средства – например, иглы и шприцы – для своих женщин-партнеров. Во имя защиты или контроля, такая динамика не позволяет женщинам получить доступ к полному спектру услуг, предлагаемых проектами снижения вреда, в том числе направлениям на лечение от наркозависимости или к информации о ВИЧ-инфекции, ограничивает доступ к прочей медицинской и полезной информации. Как сообщил сотрудник одной из организаций, предоставляющих услуги снижения вреда:

*«Часто мужья не хотят, чтобы женщины ходили с ними на ПОШы. Он понимает, что это ненормально и прикрывает как бы собой ее. Сохраняют секрет семьи».*

В Санкт-Петербурге сотрудники передвижного пункта аналогично сообщили о склонности женщин отдавать свою регистрационную карточку своим друзьям, которые получают средства (например, иглы и шприцы). Здесь также персонал отметил, что такая динамика лишает женщин возможности получить консультацию, информацию о возможностях снижения риска и прочие услуги.

Опросы в Грузии предоставили самые яркие примеры того, что мужчины-потребители наркотиков чувствуют в отношении неуместности посещения служб для потребителей наркотиков женщинами, или как это отражается на их положении женщины и члена семьи. В то время как они не видят ничего особенного в том, что они сами обращаются в службы снижения вреда, мужчины-потребители наркотиков объяснили, что употребление наркотиков женщинами – социально неприемлемо и несовместимо с материнством и семейными ценностями, и что они сообщили бы родственникам и друзьям, если бы стали свидетелями того, что женщина обращается в службы снижения вреда. Как объяснил один из опрошенных:

*«Женщина есть женщина. Она должна знать, что такое семья, ей лучше выйти замуж, родить ребенка и заниматься тем, чем стоит – быть чистой грузинской дамой. А не разрушать себя. Мы тоже себя разрушаем, но она еще и разрушает свое будущее».*

Исследование в Грузии также выявило, что отношения между женщинами-потребителями наркотиков и мужчинами, не употребляющими наркотики, имеют склонность распадаться.

## **Слабая связь между медицинским обслуживанием женщин и услугами снижения вреда**

В дополнение к меньшей вероятности обращения женщин в службы снижения вреда, мала вероятность того, что они смогут получить услуги в специализированных женских клиниках. Например, в Санкт-Петербурге сотрудники родильных отделений и клиник женского здоровья сообщили, что из опасения обвинений в содействии употреблению нелегальных наркотиков, они не предлагают стерильный инъекционный инструментарий или не поднимают этот вопрос. Сотрудники клиник не желают даже поднимать тему служб снижения вреда или направлять туда пациенток, если последние сами не попросят об этом.

Передвижные пункты снижения вреда при НПО в Санкт-Петербурге работают над улучшением доступа к медицинским специалистам путем развития сети «доверен-

ных врачей» и направления к ним клиентов, которым необходима помощь. Поскольку у употребляющих наркотики женщин меньше вероятности посещения передвижных пунктов снижения вреда, чем у мужчин, у них также меньше возможности воспользоваться сетью доверенных врачей.

## Положительный опыт

Хотя оценочные исследования главным образом рассматривали сложности доступа для женщин, употребляющих наркотики, исследователи на Украине и в Санкт-Петербурге также определили факторы улучшения доступа. Так украинские исследователи обнаружили, что услуги снижения вреда, предоставляющие товары для детей (например, продукты питания и подгузники), больше привлекали женщин. Опрошенные сообщили об удовлетворении этими услугами частично потому, что им предлагали что-то – пусть и не имеющее отношения к употреблению наркотиков – что позволяло им выполнять свою роль матери или члена семьи. Она клиентка программы снижения вреда на Украине объяснила:

*«Что бы меня сюда привлекло? Я и так сюда хожу, я всегда сюда лечу. Потому что я знаю, мне здесь дадут, или для ребенка я возьму какие-то кашки, или памперсы, те же шприцы я возьму, там еще что-то. Я получаю от этого удовольствие, как люди от покупок получают удовольствие, я отсюда иду и у меня приподнятое настроение, и я радуюсь, прихожу домой, показываю это все бабушке, у меня столько радости на целый день».*

Хотя предыдущие оценочные исследования услуг снижения вреда отметили, что наличие женщин среди сотрудников и аутрич-работников повышает посещаемость услуг среди женщин-потребителей наркотиков, обобщить такой вывод можно лишь без отрыва от контекста. Сотрудники передвижной программы снижения вреда в Санкт-Петербурге, например, отметили, что благодаря сотрудникам-мужчинам предлагаемая услуга была более привлекательной для женщин:

*«Они очень любят общаться с мужчинами, и я делала тогда эксперимент – пыталась набрать мужчин и посмотреть, как это повлияет на мотивацию. Оказалось, что это очень хорошо влияет».*

## Гендерно-обусловленные препятствия к доступу к лечению наркозависимости

Во всех пяти странах у потребителей наркотиков, не зависимо от пола, возникают проблемы доступа к услугам, например, детоксификации, реабилитации или опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). Особенно в России, где метадон и бупренорфин запрещены, и в Грузии, где спрос на доступное по цене лечение наркозависимости с годами значительно превышает предложение.

Проведенные оценочные исследования позволяют предположить, что услуги по лечению наркозависимости особенно плохо оснащены для удовлетворения ряда женских потребностей. Вопросы ухода за детьми становятся особым сдерживающим фактором для матерей, которые рискуют лишиться родительских прав в некоторых странах, если они состоят на учете в наркологических диспансерах с диагнозом «хроническая наркозависимость», и которые не могут взять детей с собой в государственные стационарные учреждения лечения наркозависимости ни в одной из пяти стран. В России опасение нарушения анонимности лечения и ограничения или потери родительских прав иногда усугубляется нормативно-правовыми актами, которые отказывают в помощи особенно незащищенным женщинам. Санкт-Петербургский городской центр лечения от наркозависимости, например, отказывает в предоставлении услуг жертвам бытового насилия, а также бездомным женщинам и женщинам с партнерами или близкими родственниками из числа активных потребителей наркотиков. Отсутствие отдельных помещений для женщин также представляет собой преграду: в некоторых учреждениях лечения от наркозависимости есть отдельные палаты или места для женщин, а в других – общие палаты с кроватями без перегородок. Санкт-Петербургский центр не предлагает женщинам услуг в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, не выдает направления на такие услуги и не принимает беременных.

Женщины в России и Украине приводят беспокойство о разлуке с мужчиной-партнером в качестве одной из преград стационарного лечения от наркозависимости, однако ни в одной из пяти стран парам не предлагается возможность оставаться вместе на период лечения. Как сказала одна женщина на Украине:

*«А мужа куда деть? Он за этот год пойдет налево. А все реабилитационные центры не хотят, чтобы семьи были вместе».*

Беспокойство о том, что придется оставить дом или близкого человека, свойственно не только женщинам: в парах, где мужчина не употреблял наркотики, по словам российской респондентки, женщины подвергались так называемым «лечениям на дому», при которых мужчины запирали их в комнате и не позволяли выходить.

Во время заключения выбор медикаментозного лечения от наркозависимости также ограничен: метадон доступен лишь некоторым мужчинам-заключенным в Грузии и Кыргызстане, но его не предлагают ни в одной женской тюрьме ни одной из пяти стран, в которых проводились исследования.

Употребляющие наркотики женщины отметили ряд сложностей при получении лечения от наркозависимости, с которыми сталкиваются также и мужчины. В их числе – длинные очереди для поступления на лечение (по сообщениям из некоторых российских регионов они составляют до 6 месяцев ожидания), ограничения (одна стационарная детоксификация в полгода), а также требование «трезвости» (отказа от наркотиков) в момент постановки на очередь. Вопросы ухода за детьми и сохранения родительских прав – особенно мощные сдерживающие факторы для женщин, обдумывающих возможность лечения. Постановка на учет в наркологический диспансер, необходимая для получения бесплатного лечения от наркозависимости в государственных клиниках на Украине и в России, может использоваться родственниками в суде в качестве основания для лишения родительских прав. Несмотря на то, что постановка на учет не обязательна для тех, кто может позволить себе оплатить лечение, опрашиваемые и на Украине, и в России сообщили, что плата за анонимную детоксификацию и реабилитацию непомерно высока.

Государственные учреждения детоксификации и реабилитации на Украине не предоставляют возможностей по уходу за детьми, хотя в стране есть два реабилитационных центра при религиозных организациях, которые предлагают такую услугу. Аналогичным образом женщины в Санкт-Петербурге сообщили, что не могут лечь в клинику на детоксификацию или реабилитацию, поскольку им не с кем оставить детей. В российских регионах одна женщина так объяснила свою дилемму:

*«А лечь в стационар – это все оставить, у меня дети, я не могу лечь в стационар. Они говоря, : вы приходите за рецептами каждый месяц – ложитесь в стационар. А я не хочу. То есть эти услуги частично доступны. Анонимно – пожалуйста, ходи хоть каждый день».*



# Риск, связанный с опасным сексуальным поведением: коммерческий секс, небезопасный секс и невысокая доступность услуг в сфере охраны сексуального здоровья

## Коммерческий секс

В ходе оценочных исследований в Кыргызстане, Грузии, Азербайджане и российских регионах у женщин, употребляющих наркотики, были зафиксированы высокие показатели совмещения употребления наркотиков и коммерческого секса. В регионах России 43% опрошенных указали, что предлагают сексуальные услуги в обмен на деньги или наркотики, в Кыргызстане 62% относят себя к секс-работникам;<sup>1</sup> по сообщениям исследования в Грузии большая часть опрошенных женщин занимается коммерческим сексом; а в Азербайджане примерно 69% респонденток сообщили о коммерческом сексе в той или иной форме,<sup>2</sup> в то время как 84% сообщили о том, что занимаются сексом в обмен на наркотики.

В качестве основной причины коммерческого секса приводится нехватка денег, в том числе на покупку наркотиков. Одна женщина в Кыргызстане объяснила: *«Нет работы, нужны деньги на дозу, на оплату жилья...»*.

Женщины приводят ряд причин вовлечения в коммерческий секс, в том числе смерть или уход мужчины-кормильца. Как рассказала 18-летняя девушка из Джалал-Абада (Кыргызстан):

*«Сама я колюсь 3 года, сестра младшая год колетя, со мной начала. Нас 6 сестер, живем вместе, снимаем домик. У нас был брат, который помогал, но он недавно умер от передозировки, и нам надо как-то жить и питаться. Вот вышли на трассу, я уже старая торговать своим телом, но сестренки спрос имеют»*.

Полученные в Грузии данные, напротив, позволяют предположить, что употребляющие наркотики женщины могут вступать в отношения с мужчинами, которые поощряют или заставляют их заняться коммерческим сексом с целью получения дохода, необходимого на покупку наркотиков для обоих. Мужчины-потребители наркотиков в Грузии могут подстрекать жен зарабатывать деньги на наркотики или могут начать отношения с женщинами, которые в состоянии заработать предоставлением сексуальных услуг или иными путями. В некоторых случаях женщина приносит доход, а мужчина добывает наркотики и иглы по своим каналам. В грузинском контексте непосредственный контакт между употребляющими наркотики женщинами и наркодилерами довольно ограничен. В исследовании отмечено, что «женщина без мужчины может столкнуться с серьезными проблемами в получении наркотиков».

Динамика, при которой употребляющие наркотики женщины становятся источником дохода мужчин-партнеров, также очевидна в исследовании в Кыргызстане, в рамках которого 22-летняя женщина из Джалал-Абада рассказала:

*«В сауне работаю с 16 лет, то есть проституткой. Меня в Узбекистане муж украл, когда мне было 14 лет, я родила сына и убежала, не хочу видеть ни мужа, ни ребенка, который от него. Приехала сюда, познакомилась с парнем, он наркоман был, присадил меня, и через 2 месяца продал в сауну, чтоб я ему денег заработала. Потом он умер от передозировки...»*.

## Незащищенные половые контакты: динамика силы и недостаток информации

Опрошенные в Кыргызстане, Азербайджане и Украине женщины сообщили, что нечасто пользуются презервативами, но не всегда по причине незнания. В Кыргызстане 96% опрошенных знали о важности презерватива для безопасности секса, однако, 67% сообщили, что не пользуются им регулярно со своими партнерами. Секс-работники сообщили, что не пользуются презервативами на работе по причине отказа клиентов (особенно в случаях с клиентами в состоянии алкогольного опьянения) или более высокой оплаты услуг без презерватива. Аналогично в Азербайджане из 84% женщин, сообщивших о том, занимаются сексом в обмен на наркотики или деньги, лишь 29% пользуются презервативом при каждом контакте. Примерно 74% опрошенных сообщили, что если презерватив не использовался, то это было решением партнера. На Украине, где опросили меньше секс-работниц, женщины также сообщили о нерегулярном использовании презерватива, хотя это было их личное или совместное решение. Наиболее распространенными причинами незащищенного полового контакта, приводимые опрошенными на Украине, были секс с постоянным половым партнером, доверие своему половому партнеру, а также понимание секса с презервативом как чего-то неестественного или не приносящего удовольствия. Показательные примеры из ответов на Украине:

*«Презервативами с мужем не пользовались. Один раз в шутку попробовали, но не понравилось, ничего не получилось и потом больше не пользовались».*

*«Презервативами я не пользуюсь. Редко очень. Не нравятся мне, не те ощущения. Разговор об этом не заходил даже. С мужем, когда жили, решили пару раз попробовать, но не понравилось».*

*«Я живу с мужем. Я уверена, что у него ничего нет».*

*«Ощущений никаких. Через платочек целоваться».*

*«У меня 16 аборт и 4 из них [беременности] у меня произошли с презервативом. Порвались. Не доверяю я им. Я доверяю себе и своему партнеру».*

*«Я не пользуюсь принципиально презервативами. Мне не нравится».*

Исследование в Грузии не содержало информации об использовании презерватива, но опросы употребляющих наркотики мужчин подчеркнули тот факт, что хотя на их беспорядочные связи закрывают глаза, от женщин ожидается верность. Один мужчина-потребитель наркотиков объяснил: «Я – мужчина. Мне измена прощается, но я не потерплю измену жены».

## Невысокая доступность услуг в сфере сексуального здоровья

В ходе исследования были выявлены следующие сложности в получении услуг в сфере охраны сексуального здоровья: ограниченная осведомленность об инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), отсутствие анонимности для тех, кто не в состоянии оплатить медицинские услуги и кто состоит на учете в венерологическом диспансере, а также дискриминация со стороны врачей. Исследование в Санкт-Петербурге выявило отсутствующую либо слабую связь между услугами в сфере женского здоровья и прочими услугами, предоставляемыми женщинам, употребляющим наркотики: кожновенерический диспансер учредил схему выдачи направлений в местный приют для бездомных женщин, но на практике она не реализуется.

Хотя употребляющие наркотики женщины – группа особо незащищенная от ИППП и ВИЧ-инфицирования половым путем, исследование на Украине позволяет предположить, что у женщин очень ограничено осознание того, что инфекции могут быть бессимптомными. Как сказала одна опрошенная, не использующая презервативы: «Я ни разу не болела венерическими заболеваниями... Я бы узнала. Увидела».

Попытка пройти диагностику и лечение от ИППП у гинеколога, может представлять трудности для любой женщины, так как нередко требуется купить влагалитное зеркало или оплатить услуги, и кроме того, самолечение может вызывать неудобства. Хотя этот опыт знаком женщинам, как употребляющим наркотики, так и не употребляющим их, стигматизация, через которую прошли опрошенные, повышает их чувствительность к пренебрежению, оказанному в медицинской обстановке. Одна украинская женщина рассказала:

*«Я боюсь гинекологов. Я один раз была у гинеколога, и она так себя со мной вела, мне не понравилось. И больше не пойду. Мало того, что это кресло было расположено лицом к панорамному окну. Я в этой позе, она смотрит и говорит, что, «девушка, да у Вас такая молочница...» Мне стало стыдно. У человека на лице было отвращение написано. После этого я не пойду больше. Меня в принципе ничего не беспокоит, и поэтому я не иду. Может, если я захочу родить ребенка, я пойду к гинекологу узнать, что происходит, и почему у меня их нет.»*

Исследование в Азербайджане обнаружило, что страх стигмы нередко мешает обращаться и откровенно говорить о своих проблемах в службах охраны сексуального и репродуктивного здоровья: употребляющие наркотики женщины, которые обращались в лечебные учреждения за помощью по проблемам с ИППП, говорили, что, когда шли в клинику, старались скрыть факт употребления наркотиков и чувствовали себя удобней, если представлялись как секс-работники.

Опрошенные на Украине и в России, обнаружив симптомы ИППП, предпочитали самолечение, или опасались дискриминации по причине употребления наркотиков. Как отметила одна женщина на Украине: «У меня пах порезанный, и отношение будет: вот наркоманка... неудобно».

Женщина из регионов России сказала:

*«В медучреждения и во многие кабинеты потребителям вход будет закрыт. Конкретно – женская консультация не берет потребителей... Есть личный негативный опыт при гинекологических проблемах».*

## Опасные аборты

Как это характерно для постсоветского пространства в целом, значительная доля женщин сообщила о перенесенных абортах. Согласно результатам исследования в Кыргызстане, 40% опрошенных сообщили о перенесенных абортах – показатель, превышающий среднестатистические данные по стране (11%)<sup>3</sup>. В Азербайджане 34% женщин сообщили о перенесенных абортах.

Хотя аборты – процедура якобы бесплатная, женщин нередко просят заплатить за анестезию и прочие сопутствующие услуги. У потребителей наркотиков часто этих денег нет, что увеличивает их сложности в получении услуг, так же как отрицательное отношение со стороны медиков. Как в случае с лечением ИППП, употребляющие наркотики женщины на Украине и в России сообщили о плохом отношении при попытке пройти процедуру аборта:

*«Цена была выше за аборт, так как пришлось давать двойной наркоз. И хотя заплатила в два раза больше, отношение было очень плохое». (Украина)*

*«Считают, что наркоманы люди второго сорта, наркоманы – животные. Аборт в «Севрыбе» делала. Ждала очень долго. Потом предложили платить за наркоз. Я позвонила в центр СПИДа, стали все выяснять. Потом, когда я лежала в палате, там две кровати было, санитарка сказала, что «на этой стороне лежишь – на другую сторону не заходи. Вот тебе таз, за что дотронешься – все протирай». (Россия)*

Поскольку у женщин, регулярно принимающих опиаты инъекционным путем, часто нарушается менструальный цикл, многие не догадываются о своей беременности в течение какого-то времени. Необходимость аборт на более поздних сроках и невозможность оплатить услуги часто толкают несоразмерное количество женщин-потребителей наркотиков на поиски альтернативных средств прерывания беременности без врачебной помощи. По словам женщин из Украины:

*«Я даже сейчас не могу сказать, почему я так сделала. Я долгое время проживала в общежитии, и был такой опыт среди девочек, что сами срывали беременность. Во-первых, это платно. И если ты переходишь время, то не каждый врач хотел брать. Я уколола 2,5 куба химии, и я специально поднимала тяжести, и открылось кровотечение. Я была в общежитии, по слухам я знала, что делать надо. Было 2 месяца беременности. Села в тазик, вышел плод, попила обезболивающее».*

*«В 2003 году тоже делала аборт. Срок большой, почти 5 месяцев было. Партнер настоял на аборте. У меня не было живота, нарушения были менструации. Поэтому я и не придавала этому значения. Это он заметил, говорит, что не может быть столько времени, а у тебя нет. И купили тест, и тест сразу показал. У него дядя в Польше был. Мы обратились там к знакомой, чтобы неофициально сделать, но у нее что-то не получилось, и она деньги отдала. Потом у меня кровь с гноем пошла, плохо мне было...».*

# Сложности в получении адекватной диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Практически все исследования обнаружили тот факт, что женщины сталкиваются с рядом препятствий при прохождении диагностики и лечения ВИЧ-инфекции. С одной стороны, доступность диагностики ВИЧ-инфекции и понимание рисков инфицирования, находятся на низком уровне, особенно в Азербайджане и Кыргызстане. С другой стороны, плановое или обязательное обследование на ВИЧ-инфекцию во время беременности или рейдов милиции (в случае с женщинами, занимающимися коммерческим сексом) с отсутствующими или минимальными консультациями, а также сообщения о дискриминации со стороны медицинских учреждений, пытающихся получить дополнительные средства или выражающих жесткие суждения в адрес потребителей наркотиков, фактически значит, что даже у тех, кому известно о своем ВИЧ-инфицировании, недостаточно информации или мотивации к лечению.

Исследование в Санкт-Петербурге показало, что региональный СПИД центр работает над повышением доступности услуг по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции для потребителей наркотиков в целом и женщин в частности. Женщины, пытающиеся получить услуги в клиниках венерических заболеваний, туберкулезных диспансерах или учреждениях по лечению наркозависимости, получают направление на диагностику в СПИД центре в случае необходимости. Что более важно, СПИД центр направляет врачей в различные учреждения для консультаций на местах, таким образом, разрушая традиционную разобщенность учреждений и снижая тягостную необходимость для пациентов посещать различные учреждения с разными требованиями и условиями приема.

### Низкий уровень добровольного консультирования и обследования на ВИЧ-инфекцию

Опрошенные сообщили об относительно низких показателях добровольных консультаций и обследований на ВИЧ-инфекцию (ДКТ). Обязательная диагностика или обследование на ВИЧ-инфекцию, которые осуществляются без ведома пациенток, напротив, широко применяются, особенно в случае с теми женщинами, которые могут передать инфекцию при коммерческом сексе или беременности.

В Азербайджане 82% женщин, опрошенных в ходе исследования, никогда не сдавали анализ на ВИЧ-инфекцию в силу отсутствия информации об услугах диагностики или уверенности в отсутствии повода для такого обследования: 94% сообщили о том, что их половые партнеры – ВИЧ-отрицательны, а остальные не ответили на этот вопрос. Опрошенные делали такие заявления, несмотря на тот факт, что более 9 из 10 из них (93%) сообщили о том, что их половые партнеры употребляют наркотики, а также невзирая на ограниченную доступность диагностики ВИЧ-инфекции в целом в стране.

Из тех немногих, кто сообщил, что сдавал анализ на ВИЧ-инфекцию, более чем каждая пятая респондентка (23%) сообщила о том, что была обязана пройти тест. Хотя этот вопрос не обсуждался открыто при проведении исследований, женские организации в Азербайджане сообщают о том, что милиция проводит «медико-милицейские рейды», во время которых секс-работников насильно проверяют на наличие ВИЧ-инфекции и налагают штраф в размере 45 долларов США за коммерческий секс. В декабре 2008 года в ходе таких рейдов 56 женщин были проверены без консуль-

тирования перед сдачей и(ли) после получения результатов анализа, у 5 из них была выявлена ВИЧ-инфекция. Женщины, у которых есть недавние справки об отсутствии ВИЧ-инфекции и ИППП, могут избежать принудительной диагностики, а НПО рекомендуют секс-работникам регулярно сдавать соответствующие анализы. Группы в Кыргызстане также сообщают о «медико-милиейских» рейдах и принудительных анализах на ВИЧ-инфекцию для секс-работников, хотя неизвестно, были ли попытки пресечь такую деятельность.

В Кыргызстане за прошедший год только 6% опрошенных смогли воспользоваться ДКТ. Те, кому это удалось, сообщают о низком уровне или отсутствии консультирования: четверть не получила никаких консультаций до сдачи анализа и после получения результатов. Очевидно, что это объясняется не низким уровнем риска ВИЧ-инфицирования: 23% сдавшим анализ сообщили, что они – ВИЧ-положительны, что значительно выше среднего показателя среди ПИН г. Ош, составляющего 14%.<sup>4</sup>

### Плановое или принудительное обследование беременных

На Украине и в Санкт-Петербурге исследования показали, что большинство употребляющих наркотики ВИЧ-положительных женщин узнали о наличии инфекции в период беременности. Обследование во время беременности осуществляется в установленном порядке, женщинам часто сообщают, что анализ обязателен и – в некоторых случаях – анализ проводился без ведома женщины. В Азербайджане обследование беременных проводится в обязательном порядке.

В Санкт-Петербурге анализ на ВИЧ-инфекцию в женской консультации делают всем беременным без их согласия. Больницы и родильные дома аналогично без уведомления проводят обследование беременных на ВИЧ-инфекцию. Предлагаются различные объяснения такой процедуры, в том числе подверженность сотрудников риску инфицирования и «юридические обязательства» обследовать представительниц групп высокого риска.<sup>5</sup>

Данные из Украины позволяют предположить, что обследование на ВИЧ-инфекцию в период беременности *de facto* обязательно и не подразумевает консультирования:

*«Мне в женской консультации сказали, что обязательно сдать тест на ВИЧ, заплатит 86 гривен. А сообщили мне по телефону, мой гинеколог. Ни дотестового, ни посттестового не было. Это год назад было».*

*«В женской консультации анализ на ВИЧ сказали сдавать обязательно, как общий анализ. Никакой консультации ни до, ни после теста не предоставили».*

Надлежащее консультирование предлагается только в специализированных медицинских учреждениях – СПИД центрах – в которые беременные, не осознающие, что инфицированы, не обращаются.

## **Дискриминация и гендерно-обусловленные препятствия в получении лечения ВИЧ-инфекции**

Потребители наркотиков, у которых диагностика ВИЧ-инфекции дает положительные результаты, часто сталкиваются с препятствиями в получении лечения. Дискриминационное отношение, в частности, становится немаловажным препятствием для потребителей наркотиков любого пола, пытающихся получить АРВ. Опасение стигмы, связанной с диагностикой ВИЧ-инфекции, приводится опрошенными в Кыргызстане в качестве причины отказа от ДКТ. Исследование в Санкт-Петербурге показало, что ранняя процедура отказа активным ПИН в антиретровирусном лечении уступила место предписания АРВ тем, кого комитет посчитает ведущими «адаптивный и относительно нормальный образ жизни». Несмотря на это, многие врачи все еще верят в то, что лица, активно употребляющие наркотики, не могут быть серьезно заинтересованы в состоянии своего здоровья или не в состоянии усвоить соответствующую информацию. Исследование в Санкт-Петербурге также показало, что врачи в СПИД центре плохо относятся к пациентам, если те возвращаются к лечению после длительного отсутствия.

Исследования в Санкт-Петербурге и Украине также особо отметили ряд гендерно-обусловленных факторов, которые сказываются на доступности и качестве услуг по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции для употребляющих наркотики женщин. Как и в случае с лечением от наркозависимости, по причине отсутствия ухода за детьми женщины неохотно обращаются в СПИД центры. В Санкт-Петербурге некоторые женщины сообщили о своем нежелании проходить курс АРВ лечения, поскольку убеждены, что оно вызывает бесплодие. Кроме того, беспокойство партнеров-мужчин о том, что женщины уходят из дома, также препятствует лечению ВИЧ-инфекции: в Санкт-Петербурге имел место случай, когда мужчина не позволил своей партнерше сходить в СПИД центр.

# Беременность и материнство: невысокая доступность наблюдения беременности, угроза лишения родительских прав и препятствия исполнению родительских обязанностей

## Низкое качество наблюдения беременности

Поскольку регулярный прием опиатов может нарушить менструальный цикл или повлиять на ощущения токсикоза, употребляющие наркотики женщины часто осознают, что беременны, лишь на довольно позднем сроке. Кроме того, многих женщин-потребителей наркотиков пугает дискриминация со стороны медицинских учреждений на почве наркозависимости и вероятность того, что плановый анализ выявит наличие ВИЧ-инфекции. По словам одной женщины, опрошенной в ходе исследования на Украине:

*«Такая медицина у нас. Вот мне говорили, если Вы ВИЧ+, то не говорите об этом врачам, потому что наша медицина очень плохо относится к ВИЧ+ и то же самое к наркоманкам. То есть если наркоман, то все. Ты там конченый, с тобой разговор понятен».*

В результате доступность наблюдения у акушера-гинеколога часто ограничена третьим триместром, а некоторые употребляющие наркотики женщины получают медицинские услуги только во время родов. Исследования на Украине и в Азербайджане показали, что у большинства опрошенных женщин нет доступа к наблюдению беременности. На Украине большинство рожавших женщин получили медицинскую помощь только, когда роды уже начались.

Как показывают данные проведенных исследований, даже те, кто пытаются встать на учет по беременности, сталкиваются с рядом структурных системных препятствий при получении качественных услуг. В России основное такое препятствие – отсутствие заместительного лечения для беременных, несмотря на международные инструкции, рекомендующие заместительную метадоновую терапию. Даже действующие из лучших побуждений поставщики медицинских услуг, пытающиеся предоставить детоксификацию беременным, вместо лечения соответствующими лекарственными препаратами, подвергают опасности здоровье матери и ребенка. Исследование в Санкт-Петербурге приводит историю женщины, которая при помощи психолога решила отказаться от наркотиков на пятом месяце беременности. Когда родильный дом отказался принять молодую женщину на том основании, что она всего лишь на 22й неделе беременности (нормативные акты устанавливают срок не менее 25 недель), женщина воспользовалась личными связями. В целом, родильный дом в Санкт-Петербурге направляет беременных женщин, употребляющих наркотики на детоксификацию; а некорректная детоксификация в период беременности подвергает риску здоровье ребенка.

Не удивительно, что в ходе исследования в Санкт-Петербурге было обнаружено, что употребляющие наркотики женщины, побывавшие в родильном доме, редко рожают здоровых детей. Сотрудники родильного дома сообщили:

*«Дети редко рождаются здоровыми. Дети рождаются больными. Таких детей мы сразу госпитализируем в больницы, в отделения патологии у новорожденных, где 50% – это дети наркоманок».*

В ходе исследования в Кыргызстане были зафиксированы в г. Ош два случая успешного исхода беременности после курса заместительной метадонотерапии, при этом матери продолжали принимать метадон после родов.<sup>6</sup>

В Азербайджане 20% женщин сообщили о плохом отношении в родильных домах со стороны врачей, если им становилось известно об употреблении наркотиков. Среди распространенных проблем, о которых говорили женщины, столкнувшиеся со сложностями с врачами в родильных домах, – вымогательство денег, угрозы врачей сообщить о наркозависимости знакомым или в милицию.

## Предпосылки профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР)

Хотя и несколько за рамками проведенных исследований, было выявлено, что низкая доступность услуг по наблюдению беременности сказывается на профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Данные Совместного европейского исследования свидетельствуют о том, что у употребляющих инъекционные наркотики женщин на Украине риск отказа в АРВ-профилактике на 50% выше по сравнению с другими женщинами, что отказ в АРВ-профилактике значительно выше среди женщин, которым диагноз ВИЧ был поставлен во время родов, чем среди тех, кому диагноз был поставлен на более ранних сроках беременности, и что у женщин, употреблявших инъекционные наркотики, вероятность диагностики во время родов в четыре раза выше, чем у прочих женщин.<sup>7</sup>

Полученные в России данные позволяют предположить аналогичным образом, что беременные потребители наркотиков сталкиваются с гораздо более низким уровнем доступности профилактики передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку (ППМР), чем не употребляющие наркотики женщины: по оценкам в России среди наркозависимых доля ВИЧ-положительных беременных женщин предположительно составляет от 59% (по заниженным данным) до свыше 95% (данные завышены).<sup>8</sup> Проведенное в Санкт-Петербурге исследование женщин-ПИН выявило, что лишь 51% беременных потребителей наркотиков получили ППМР – и не совсем понятно, какая часть прошла лечение лишь в период родов. Вызывает беспокойство то, что это же исследование выявило снижение доступа женщин-ПИН к ППМР в Санкт-Петербурге по сравнению с 2005 годом, когда 63% проходили профилактику.<sup>9</sup>

Данные из регионов свидетельствуют, что показатели передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) среди ВИЧ-инфицированных ПИН выше, чем среди прочих ВИЧ-положительных женщин. Данные по Украине, полученные в ходе Совместного европейского исследования, показывают, что показатели передачи на 31% выше среди ВИЧ-положительных женщин-потребителей наркотиков<sup>10</sup>, чем среди женщин, не употребляющих наркотики.<sup>11</sup>

## Угроза ограничения или потери родительских прав

Употребляющие наркотики женщины сталкиваются с рядом сложностей при сохранении прав на своих детей. Законы, согласно которым состояние на учете в наркологическом диспансере является основанием для лишения родительских прав, врачи, убежденные в том, что потребители наркотиков не могут и не должны воспитывать детей, лечебные учреждения, предлагающие детей потребителям наркотиков на усыновление без согласия матери, а также отсутствие заместительной терапии в родильных отделениях, вынуждающее матерей покинуть больницу с поисках дозы наркотика после родов – все состоит в заговоре, чтобы усложнить употребляющим наркотики женщинам сохранение прав на новорожденных.

В России состояние на учете в наркологическом диспансере с диагнозом «хроническая наркомания» является юридическим основанием для лишения родительских прав. По результатам оценочного исследования в Санкт-Петербурге этот закон представляет собой мощный сдерживающий фактор для женщин в получении государственного лечения от наркозависимости или других государственных медицинских услуг, в том числе учета по беременности, при котором они рискуют обнаружением факта употребления наркотиков. По данным исследования в Грузии, состояние на учете в наркологическом диспансере с диагнозом «наркомания» является юридическим основанием для ограничения родительских прав; согласно результатам исследования, 13% опрошенных были ограничены в или лишены родительских прав по причине употребления наркотиков. В Азербайджане 22% женщин сообщили о том, что сталкивались с угрозами ограничения родительских прав по этой же причине, а 41% опрошенных отказались ответить на поставленный вопрос. Из тех, кто получали угрозы ограничения или лишения родительских прав, 23% сообщили что «решили проблему» путем уплаты денег, а 12% решали дело в суде (при этом 62% не сообщили об исходе судебного иска об ограничении родительских прав).

В ходе исследования в Санкт-Петербурге в родильных домах сообщили, что употребляющие наркотики женщины страдают от абстиненции после родов и, главным образом, покидают больницу в поисках героина вскоре после родоразрешения; немногие возвращаются. Такой поспешный уход фактически означает, что они не заполняют документы, необходимые для начала процесса усыновления и большая часть детей передается в дома ребенка. В то же время, организации, предоставляющие услуги снижения вреда, и женщины-потребители наркотиков сообщили, что родильные дома отговаривают употребляющих наркотики матерей оставить детей, иногда подвергая их мощному психологическому давлению с целью получения отказа от ребенка, а также предлагали детей на усыновление без необходимых документов от матери. По словам одной женщины, рожавшей в клинике:

*«И когда меня привезли, через какое-то время, я там уже немножко отошла, очнулась, подошла сестра и спросила: «Ты ребенка-то забирать будешь?» Ну, для меня вот это настолько дико звучало».*

А сотрудник Программы снижения вреда в Санкт-Петербурге добавил:

*«Потому что у этих девушек, которые с детьми, так происходит – они рожают, а им детей не отдают. Мы ходим за ними, а они говорят – а мы уже пообещали этого ребенка, его там пристроят. Спрос на детей раннего возраста, потому что много желающих сейчас усыновить маленьких детей. Хотя она не писала отказ».*

## **Препятствия исполнению родительских обязанностей**

Данные исследования в российских регионах позволяют предположить, что употребляющие наркотики женщины продолжают получать угрозы ограничения или лишения родительских прав после того, как привозят новорожденных домой, и что они практически не получают помощи от социальных служб, ответственных за предоставление такой поддержки. Употребляющие наркотики женщины из России заявили:

*«Вот социальные – они ходят, только отравляют жизнь, но кроме неприятностей ничего нам сделать не могут. Какую-то реальную помощь они оказать не могут, могут устроить одни неприятности: лишение родительских прав, вы такая-то, сякая-то... Спрашиваю: «Вы мне реально можете помочь?». Отвечают: «Нет, можем только оформить документы, чтобы у вас их забрать». Если бы я хотела отдать детей государству, я бы сама их отдала. Мало сирот у нас что ли? У меня что, дети, голодные, босые? Милицию начинают подтягивать... Одни неприятности от них. Они устраивают одни головные боли, ведь и без них тяжело. Потребности женщин-ПИН они не удовлетворяют. Они только жизнь осложняют».*

*«В принципе-то они (услуги) доступны, а вот будут ли этими вопросами заниматься? И правильно заниматься? Не выйдет ли это боком? Допустим, придешь туда, если каким-то образом видно, что мама на учете в наркологии состоит, то могут, если есть дети, лишить материнских прав. Все обернется в другую сторону, ненужную. А так, наверное, доступна. Доступна фактически, а на деле, наверное, и недоступна, потому что, зная отношение, туда, наверное, никто и не пойдет».*

В Санкт-Петербурге исследование также выявило, что медперсонал поликлиник указывал факт употребления наркотиков матерью в карточке ребенка, даже если он был совершенно здоров.

По данным исследования в Кыргызстане лишь 14% опрошенных женщин, имеющих детей в возрасте от 1 до 3 лет, сами заботились о своих детях. Большинство отдало детей на попечение родственников или государственных служб. Причины отказа от заботы о собственных детях приводили следующие: «сидела в тюрьме и, когда кололась, не уделяла внимания... мне надо зарабатывать деньги на проживание... сначала жили все вместе, а когда стала колоться, то родители оставили их у себя...» и «я не могу нормально вырастить ребёнка». Одну из участниц опроса в Кыргызстане лишили родительских прав в судебном порядке.

Исследование в Кыргызстане также выявило свидетельство того, что факт употребления наркотиков матерью может отрицательно повлиять на прием ребенка в образовательные учреждения: 9% детей школьного возраста, матери которых употребляют наркотики, не ходят в школу по причине отсутствия денежных средств (11%), болезни (7%) и дискриминации (13%), когда детские сады и школы отказываются принимать ребенка на основании того, что мать употребляет наркотики.

## Лишение свободы

Во время проведения исследований из всех стран, в которых проводились опросы, Кыргызстан был единственной, предлагавшей обмен игл и шприцев или метадон (с 2005 года) в местах лишения свободы, но эти программы не действовали в местах заключения женщин. Примерно 45% опрошенных были лишены свободы в какой-то период своей жизни, по большей части в связи с употреблением наркотиков. Необходимость услуг, учитывающих гендерные особенности, привела к упрощению перехода на свободу, что стало особенно очевидно в 2008 году, когда кыргызстанское законодательство снизило наказание за владение наркотиками в малых количествах с уголовного нарушения до административного. Поскольку эта поправка имела обратную силу, было освобождено немало женщин: по данным источника в Министерстве юстиции, опрошенного в ходе исследования, численность заключенных в женской тюрьме №2 упала с 500 в 2007 году до 265 в 2008. В большинстве своем, жилье, предоставляемое при поддержке НПО вышедшим на свободу, предоставляется на срок до 1 месяца, получение постоянного жилья требует определенных документов, а у многих бывших заключенных их нет. В среднем необходимо 6 месяцев для получения этих документов. В результате освобожденные сталкиваются с проблемой отсутствия места жительства в течение нескольких месяцев, ситуация особенно сложная для женщин с детьми на руках. Одна из них объяснила:

*«Я освободилась с маленьким ребенком. Сама я из Кочкор-Аты (Джала-батская обл.), там я жила с мужем. Пока сидела, он продал дом и уехал в неизвестном направлении. Родителей тоже нет, получается, идти мне некуда. Ребенка хотела отдать в «Дом малютки», пока не найду работу, жилье, не сделаю документы. А слышала, что забрать назад ребенка будет трудно. Теперь боюсь отдавать, а куда идти не знаю...».*

# Полис обязательного медицинского страхования и стоимость медицинских услуг

Оформление документов для получения полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), необходимость оплаты услуг при отсутствии полиса, оплата дополнительных расходов, которую требует медицинский персонал – все это становится препятствием для тех, кто пытается получить медицинскую помощь в странах, где проводилось исследование. Для посещения государственных медицинских учреждений на постсоветском пространстве необходима официальная постановка на учет, для чего требуется паспорт, прописка и полис ОМС. Предоставление этих документов может быть проблематичным для потребителей наркотиков по причине утраты удостоверяющих личность документов в процессе ареста и лишения свободы или невозможности получить прописку в силу переезда, что особенно распространено в странах Средней Азии и Кавказа, где трудовая миграция – ключевая составляющая экономического выживания. В некоторых регионах Средней Азии «похищение жены» – процесс, когда мужчина похищает молодую женщину из родной деревни, чтобы затем жениться на ней – может осложнить молодым женщинам оформление документов, необходимых для получения полиса ОМС. Более того, опрошенные женщины-потребители наркотиков сообщили, что такие препятствия ограничивают доступность медицинских услуг, в том числе в сфере репродуктивного здоровья. Хотя

и не гендерно-обусловленные, препятствия в получении услуг по охране здоровья, таким образом, имеют особые последствия для женщин-потребителей наркотиков.

В некоторых постсоветских странах была учреждена система выдачи полиса ОМС безработным, но, судя по данным, она остается практически недоступной для употребляющих наркотики женщин. В России схема получения полиса ОМС не по месту работы зависит от региона, но в общем безработным необходимо обратиться в территориальный фонд ОМС. Исследование в российских регионах показало, что немногим употребляющим наркотики женщинам известно об этой услуге, а те, кому известно, неохотно обращаются, главным образом по причине бюрократии, долгих очередей и дискриминации. В Кыргызстане исследовательским коллективом обнаружено, что потребители наркотиков испытывают сложности в получении полиса ОМС, поскольку у них нет паспортов или прописки, и что некоторые врачи убеждены, что потребители наркотиков должны платить за медицинские услуги больше, чем за наркотики. Кроме того, некоторые социальные службы сообщают в милицию, если потребители наркотиков обращаются к ним за помощью.

Полученные в российских регионах данные показывают, что спрос на бесплатные медицинские услуги велик среди употребляющих наркотики женщин: 66% опрошенных в ходе исследования в российских регионах сообщили о необходимости бесплатных медицинских услуг; в случае с ВИЧ-положительными этот спрос даже выше – 73% из них выразили необходимость доступной бесплатной медицинской помощи. Отсутствие полиса медицинского страхования становилось важным препятствием в получении услуг. Как объяснили две молодых женщины из российских регионов:

*«Да. Случалось. Скорая помощь отказывается, если видит что наркоман, не хотят лечить, даже смотреть просто не хотят. В стоматологии тоже, полиса не было, тоже отказываются, смотреть не хотят. Были случаи, часто. Нет полиса – извините, нет и помощи».*

*«Ну, пару раз полис был просрочен, так они не оказывали, ни при каких условиях».*

В случае отсутствия полиса, по причине размера платы за дополнительные услуги многим употребляющим наркотики женщинам получить помощь сложно или невозможно. По словам одной женщины:

*«Гинеколог сам доступен, но расширенное обследование проводится за деньги. Осмотр делают, а обследование – за деньги. Заработал грибковое заболевание, но если денег нет – будешь с ним ходить».*

В иных случаях, медицинская страховка покрывает стоимость осмотра, но клиники требуют оплату сопутствующих услуг. В Санкт-Петербурге, например, при посещении венерологических клиник и женских консультаций, женщины должны оплатить гинекологический набор, в том числе вагинальное зеркало, а во всех поликлиниках Санкт-Петербурга требуется оплата стоимости бахил.

Даже если врачи не берут официальную плату за дополнительные расходы и клиника не требует дополнительных платежей, употребляющие наркотики женщины сообщают, что получение качественных услуг, в частности соблюдением конфиденциальности, стоит денег. Как сказала россиянка:

*«Я думаю, если есть прописка, паспорт, то, в принципе, помощь доступна. Но если хочется какой-то анонимности, то это платно. Если платно, то никаких документов не нужно. Если есть возможность заплатить, то доступно. Если нет возможности – все будут знать, и не добьешься никакой анонимности».*

В некоторых случаях для получения помощи, независимо от ее качества, необходимо заплатить, даже если у клиентов имеется полис ОМС. По словам одной женщины:

*«Доступными – опять же деньги. Все упирается в деньги. Я не знаю такого учреждения у нас в N, где можно было бы бесплатно обследоваться на венерические заболевания».*

Эта проблема аналогичным образом касается и женщин-потребителей наркотиков в Азербайджане, где 26% опрошенных женщин сообщили о том, что врачи кожно-венерологических клиник просят «много денег». В Кыргызстане 21% участниц

опроса указали, что они не обращались за медицинскими услугами за прошедший год, а 82% сказали, что не ходили к врачу по причине отсутствия денег. На Украине только беременные могут бесплатно воспользоваться услугами венерологических клиник; почти все районные поликлиники направляют небеременных женщин на анализы в специализированные лаборатории, высокие расценки которых делают их недоступными для большинства употребляющих наркотики женщин.

# Бытовое насилие, противоправные действия милиции и редкие обращения в суд

## Бытовое насилие

Данные исследований в Азербайджане, Кыргызстане и России позволяют предположить, что употребляющие наркотики женщины чаще становятся жертвами бытового насилия и менее склонны обращаться в милицию, за медицинской или юридической помощью после побоев или изнасилований. Женщины-потребители наркотиков приписывают свое нежелание обращаться за медицинской помощью в силу установленного порядка – задокументированного в ходе исследований в Азербайджане и Санкт-Петербурге – при котором медицинские работники сообщают в милицию о подозрениях бытового насилия.<sup>12</sup> Многие употребляющие наркотики женщины также стали жертвами жесткости и сексуального принуждения со стороны сотрудников милиции (см. раздел о противоправных действиях милиции ниже) и убеждены в коррумпированности и неэффективности системы охраны правопорядка и правовой системы.

По результатам исследования в Азербайджане 76% употребляющих наркотики женщин стали жертвами насилия со стороны членов семьи, главным образом, мужей

и отцов. Работающие и приносящие деньги женщины, опрошенные в Азербайджане, особенно часто подвергались бытовому насилию. В ходе исследования в Кыргызстане 38% опрошенных указали, что они подвергались физическому и(ли) сексуальному насилию. Женщины сообщали о побоях и изнасилованиях партнерами, знакомыми и клиентами в контексте оказания коммерческих секс-услуг.<sup>13</sup> Как рассказала употребляющая наркотики женщина, занимающая коммерческим сексом: «на улице ударили бутылкой по голове, издевались, изнасиловали...».

Употребляющие наркотики женщины, как правило, не сообщают в полицию о бытовом насилие. В Азербайджане 85% подвергшихся насилию не подали заявление в милицию, чаще всего объясняя это тем, что сотрудники милиции возложат вину за насилие на самих женщин и будут требовать взятку.

Употребляющие наркотики женщины также не склонны обращаться за медицинской помощью в случаях насилия: менее 10% жертв бытового насилия в Азербайджане обратились к врачу после побоев. Частично это объясняется тем, что медицинские учреждения сообщают о случаях бытового насилия в милицию, где эти происшествия официально регистрируются. Данные исследования в Санкт-Петербурге позволяют предположить, что больницы в России также сообщают в милицию о случаях бытового насилия. Больница, в которой проводилось исследование, обычно звонит в милицию в тех случаях, когда персонал подозревает, что женщина стала жертвой бытового насилия.

Данные исследования в российских регионах позволяют предположить, что кризисные центры не удовлетворяют потребности женщин, подвергающихся бытовому насилию. В исследовании приведена статья из пензенской газеты от декабря 2007 года, которая описывает сложившуюся ситуацию:

*«Давно слышала, что в нашем городе существует «кризисный центр для женщин». В справочной 09 о нем, правда, не знают. Хорошо, дома есть телефон, и друзья прочитали в газете о телефоне доверия. Позвонила я по этому номеру, там мне и дали телефон кризисного центра. А уж потом я узнала, что если мне плохо, меня бьет муж или я хочу покончить с собой, то это должно произойти только до 17-00. Позже меня уже в центре не примут и даже по телефону не выслушают – рабочий день закончился. Если все-таки повезет и обращусь я в рабочее время, то, может быть, меня приютят, но при себе нужно иметь паспорт».*

## Противоправные действия милиции

Насилие со стороны сотрудников милиции – проблема для всех потребителей наркотиков. Исследования в Грузии, Кыргызстане и Азербайджане показали, что у женщин также есть вероятность стать жертвой сексуального принуждения сотрудниками милиции, и позволяют предположить, что последние относятся к женщинам-потребителям наркотиков гораздо жестче, чем к употребляющим наркотики мужчинам. Данные из России и Азербайджана наводят на мысль, что противоправные действия милиции являются сдерживающим фактором для женщин, которые в результате не обращаются в милицию за помощью, когда становятся жертвами насилия со стороны клиентов коммерческого секса. Результаты исследования в Санкт-Петербурге позволяют предположить, что опасение противоправных действий милиции также становится одной из причин нежелания обращаться к услугам снижения вреда.

В Грузии 13% опрошенных женщин получали предложения полового сношения с сотрудниками милиции при аресте. Опрошенные также сообщили, что милиция «обращается с женщинами более жестоко, чем с мужчинами, также употребляющими наркотики» и более «строга» с употребляющими наркотики женщинами, чем с мужчинами. Женщины в Кыргызстане сообщили о высоких показателях: 40% участниц опроса подверглись насилию со стороны сотрудников милиции. Эти женщины сообщили, что «решали свои проблемы» с милицией путем взяток, предоставления информации или сексуальных услуг. Насилие было более вероятным в тех случаях, когда женщины не могли заплатить или отказывались предоставить бесплатные сексуальные услуги. Описывая свои взаимодействия с сотрудниками милиции при аресте, женщины в Кыргызстане говорили: *«пытались воспользоваться моими услугами бесплатно...»* и *«говорили, что если с ними не отработаю, то на трассу не выйду...»*. В Азербайджане 15% участниц опроса сообщили о побоях, а 7% – об изнасиловании или сексуальном принуждении сотрудниками милиции.

В российских регионах употребляющие наркотики женщины, занимающиеся коммерческим сексом, сообщили о невозможности заявить в полицию о незаконных действиях. Как рассказали две секс-работницы:

*«Ну, клиенты попадают, это понятно. Даже, если клиенты плохие – на них заявление не написать, никто не хочет этим заниматься. Даже милиция, раз я проститутка – клиент всегда прав. Мне не будут помогать в любом случае, даже если я буду права».*

*«Клиент заявление на меня написал, меня забрали в отделение. Я хотела встречное заявление на него написать о том, что он меня силой удерживал в квартире, не выпускал, принуждал к сексуальным действиям. Ну, они посмеялись мне в лицо просто. Сказали, что по твоему роду услуг такое заявление даже не примем. Вот и все».*

Опасение ареста и противоправные действия милиции стали серьезными препятствиями для некоторых употребляющих наркотики женщин в Санкт-Петербурге, которые сообщили, что не обращаются в передвижные службы снижения вреда по причине опасения ареста. Исследование в Санкт-Петербурге также выявило неизгладимые последствия противоправных действий милиции:

*«Выяснилось, что такое с ними было в 1998 году. Этот случай иллюстрирует, как легко репрессивные меры со стороны милиции могут разрушить доверие к службе. Прошло 10 (!) лет, а клиентка до сих пор боится повторно обращаться в службу».*

## **Незнание своих прав и недоступность юридических услуг**

Женщин в Кыргызстане, Азербайджане, России и Украине отличает плохая осведомленность о своих законных правах, неверие в правовую систему и низкий уровень доступности юридической помощи или социальных служб, предоставляющих юридические консультации. Хотя женщины высказали необходимость юридической помощи, многие считают, что система коррумпирована, неэффективна или слишком дорогостоящая. В результате употребляющие наркотики женщины незащищены от нарушения своих прав и не могут получить услуги, на которые имеют право. Это характерно не только для употребляющих наркотики женщин, хотя сложности в получении юридической помощи могут быть особенно острыми для тех, у кого в целом меньше возможностей выхода из дома, чтобы обратиться за помощью.

Исследование в Кыргызстане показало, что большинство женщин не осведомлены о своих законных правах, а 82% не знают, что можно получить бесплатную юридическую помощь. Всего лишь 5% участниц опроса в Кыргызстане получали бесплатную юридическую поддержку. Женщины в Азербайджане показали низкую осведомленность о своих законных правах и незнание того, что по азербайджанскому законодательству личное употребление наркотиков не является уголовно наказуемым правонарушением. Большинство не верит в правовую систему: 45% сообщили о том, что правовая система коррумпирована, 12% – что она не выполняет возложенные на нее обязанности, а 22% считают, что сотрудники милиции нарушают закон. Большинство полагает, что обращения в суд добиться невозможно и предпочитают решать свои проблемы с законом при помощи взяток.

Почти две трети (60%) опрошенных в российских регионах высказали потребность в бесплатных юридических консультациях, но мало кто фактически смог получить такие услуги. Почти треть обратившихся за подобными услугами столкнулись с отрицательными отношением и требованием дополнительных платежей. Из рассказов двух женщин:

*«За юридической помощью приходилось обращаться. Результатов никаких. К мировому судье обращалась с иском к ДЭЗ, а в итоге загнали 1000 рублей за то, чтобы юрист написал заявление. Денег не было, заявление не написала. В суд не подала».*

*«Приходилось обращаться по поводу уголовного дела. Услуги доступны и бесплатно. Но без денег тебе ничего дельного не скажут. Даже адвокат со мной на допрос не пошла, пока я не заплатила деньги».*

Исследование на Украине выявило, что большинство употребляющих наркотики женщин не может попасть в социальные службы, когда им необходима юридическая помощь, а также не знали, что такие услуги существуют или как их получить. По словам одной женщины:

*«В социальные службы не обращалась. У меня мало информации, я даже не знаю, чем они занимаются и чем могут мне помочь».*

Невысокая доступность социальных услуг и юридической помощи лишает употребляющих наркотики женщин услуг, на которые у них есть право. Следующая выдержка из пензенской газеты приведена в российской региональном исследовании и наглядно иллюстрирует проблему:

*«С 14 по 21 декабря 2007г. я лежала в больнице, в инфекционном отделении. Меня поместили в бокс, где лежали только такие же, как и я, ВИЧ-инфицированные женщины. Всего нас было трое. Одна из нас, Мария, была тяжело больна и лежала в боксе с 3 ноября с диагнозом «ВИЧ-инфекция, III стадия, цирроз печени с портальной гипертензией, стадия декомпенсации. Печеночная недостаточность. Асцит». За ней ухаживала ее мама. То, что Маша плоха, я видела сама. Но самое страшное и обидное, что Маша имеет право получать пенсию по инвалидности, которую ей никто не дает, так как у нее нет паспорта и прописки».*

# Рекомендации

Определенные рекомендации, хотя и не являются гендерно-дифференцированными, критически важны для улучшения доступности профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для потребителей наркотиков, как женщин, так и мужчин:

- ▶ Отменить обязательную постановку на учет в наркологическом диспансере для потребителей наркотиков, которые пытаются пройти лечение.
- ▶ Внедрить лечение от наркозависимости, основанное на фактах доказательной медицины, в том числе предписание метадона и бупренорфина.
- ▶ Сделать обсуждение риска, связанного с сексуальным поведением, предоставление презервативов и консультирование по вопросам безопасного секса частью всех услуг снижения вреда, лечения от наркозависимости, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и ИППП.

Дополнительно, ряд конкретных шагов со стороны предоставляющих услуги учреждений и должностных лиц может резко увеличить доступность и эффективность услуг для употребляющих наркотики женщин.

## Организациям, предоставляющим обмен игл и аутич услуги

- ▶ **Обеспечить уход за детьми и прочие услуги, привлекательные для матерей.** Во всех изученных в данной работе исследованиях женщины сообщили, что

отсутствие возможностей по уходу за детьми осложняет обращение к услугам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также лечения наркозависимости. Предоставление возможностей по уходу за детьми в службах снижения вреда также улучшит показатели посещаемости и соблюдения курса лечения, как и товары и услуги для детей (например, детское питание, подгузники и занятия для родителей по воспитанию детей).

- ▶ **Создавать группы поддержки и прочие возможности для употребляющих наркотики женщин, чтобы обмениваться информацией и помогать друг другу.** Учитывая, что многие женщины начинают употреблять наркотики в контексте своих половых отношений, и что они реже, чем мужчины, обращаются в центры снижения вреда, возможности употребляющих наркотики женщин выстроить сети поддержки за пределами их отношений с партнерами относительно ограничены.
- ▶ **Предлагать услуги для пар.** Особые услуги для мужчин и женщин могут стать дополнительным стимулом для женщин обращаться в организации, предоставляющие услуги по снижению вреда.
- ▶ **Предлагать женщинам инструктаж по более безопасному инъекционному введению наркотиков.** Учитывая, что мужчины нередко покупают и вводят наркотики, а также обеспечивают инъекционный инструментарий, необходимо направить усилия на то, чтобы женщины получали информацию и средства защиты от ВИЧ-инфекции, гнойников и передозировки.
- ▶ **Ввести презервативы и информацию об инфекциях, передающихся половым путем, диагностику и наблюдение беременности, а также профилактику передачи инфекции от матери ребенку в качестве элементов работы с женщинами и мужчинами.**
- ▶ **Предлагать непрерывное обучение с целью повышения потенциала предоставляющих услуги организаций и НПО по вопросам работы с потребностями употребляющих наркотики женщин.** Европейское региональное бюро ВОЗ и Евразийская сеть снижения вреда разрабатывают такой курс по женщинам-потребителям, который станет доступным он-лайн на русском и английском языках в начале 2010 года.
- ▶ С целью повышения согласованности и доступности услуг для употребляющих наркотики женщин **документировать все сложности, вызванные отсутствием комплексных услуг и проводить адвокацию с государственными чиновниками, государственными медицинскими учреждениями, региональными и местными органами власти.**

## Учреждениям, предоставляющим лечение от наркозависимости

- ▶ Снизить ограничения доступности лечения для женщин. Обеспечить предоставление наркологическими клиниками палат и отдельных койко-мест для женщин, создать условия, позволяющие брать детей с собой на лечение, а также отменить запрет на лечение определенных категорий женщин: бездомных, жертв бытового насилия и тех, чьи половые партнеры продолжают употреблять наркотики.
- ▶ **Предлагать лечение от наркозависимости для пар и членов семьи, с целью улучшения показателей посещаемости и соблюдения режима лечения.** Беспокойство по поводу того, мужчина-партнер остается один, или озабоченность мужчин-партнеров разлукой становятся немаловажным препятствием для употребляющих наркотики женщин.
- ▶ **Предлагать лечение ВИЧ-инфекции и охрану репродуктивного здоровья или создать устойчивые связи с учреждениями, предоставляющими такие услуги,** в том числе добровольное обследование на ВИЧ-инфекцию и ИППП, гинекологические услуги и наблюдение беременности.
- ▶ **Обеспечить доступность терапии метадонот для беременных женщин и в родильных отделениях.** Отсутствие этого эффективного безопасного лекарственного препарата вынуждает женщин избегать наблюдения беременности или оставлять детей в родильных отделениях, а также подвергает женщин и их детей риску, связанному с абстиненцией в период беременности.
- ▶ **Предоставить или обеспечить снабжение тубдиспансеров и СПИД центров метадонот или бупренорфином.** Комплексное лечение снижает препятствия, улучшает показатели соблюдения сложных режимов лечения, а также может повысить удовлетворенность лечением пациентов и лечащих учреждений.

## Учреждениям, предоставляющим услуги по диагностике, лечению ВИЧ-инфекции и ИППП и уходу за больными

- ▶ Улучшить предоставление услуг в сфере охраны репродуктивного здоровья, а также взаимную выдачу направлений между службами лечения от наркозависимости, ВИЧ-инфекции и охраны сексуального здоровья. Поздняя диагностика беременности и отсутствие наблюдения за ее течением – основные факторы проблем со здоровьем у употребляющих наркотики женщин. Необходимы комплексные гинекологические услуги, безопасные аборты, охрана материнства, а также диагностика и лечение ВИЧ-инфекции и инфекций, передающихся половым путем.

- ▶ **Проводить обучение сотрудников лечебных учреждений по вопросам работы с активными потребителями наркотиков и методов создания комфортных условий для пациентов, корректного обращения с ними и соблюдения курса лечения.** При адекватной поддержке активные потребители наркотиков могут достичь таких же клинических результатов лечения, например, ВИЧ-инфекции, что и прочие пациенты.
- ▶ **Установить связи с кризисными центрами для жертв бытового насилия и обеспечить подготовку их сотрудников, необходимую для работы с активными потребителями наркотиков.** Защита от бытового насилия, наверное – среди наиболее критически важных потребностей в охране здоровья женщин, употребляющих наркотики.
- ▶ **Отменить обязательное лабораторное подтверждение наличия инфекции и стационарное лечение инфекций, передающихся половым путем.** Анонимное синдромное лечение необходимо секс-работникам и потребителям наркотиков, которые опасаются регистрации под собственным именем, преследования милиции и стигмы.
- ▶ **Предлагать анонимное лечение ИППП и гарантировать конфиденциальность всей медицинской информации,** в том числе данных об употреблении наркотиков, статуса ВИЧ-инфицирования или историю заболевания ИППП и гепатитом.

## **Органам здравоохранения, юстиции и охраны правопорядка на государственном и местном уровнях**

- ▶ **Исключить состояние на учете в наркологическом диспансере из списка оснований для ограничения или лишения родительских прав.** Пригодность к материнству необходимо оценивать исходя из способности воспитать ребенка, а не из факта употребления нелегальных наркотиков в прошлом.
- ▶ **Прекратить обязательные уведомления милиции о случаях бытового насилия, а также усилить службы поддержки его жертвам.** Требование уведомлять полицию обо всех случаях бытового насилия не позволяет употребляющим наркотики женщинам получить медицинскую помощь. Вместо сложившейся практики больницы должны помогать женщинам найти убежище от жестоких партнеров.
- ▶ **Гарантировать проведение обследования на ВИЧ-инфекцию исключительно по уведомлению и с согласия женщин, а также обеспечить добровольную основу и конфиденциальность диагностики,** сопровождаемой

точной информацией о ППМТ, стерильных инъекциях и направлениями в соответствующие службы.

- ▶ **Издать и добиваться исполнения инструкций для сотрудников милиции в отношении должного поведения с секс-работниками и потребителями наркотиков.** В 2009 году подобная инструкция была издана для сотрудников милиции Кыргызстана. Учитывая высокие показатели неправомерных действий милиции, о которых сообщили все опрашиваемые, это – первоочередная мера для всех стран, в которых проводилось исследование.
- ▶ **Проводить обучение сотрудников социальных служб, организаций, предоставляющих юридическую помощь и медицинского персонала по вопросам потребностей потребителей наркотиков и недискриминационного отношения и практик.** Развитие потенциала социальных служб для решения потребностей употребляющих наркотики женщин и улучшения оперативности служб юридической помощи, поможет защитить женщин от бытового насилия и противоправных действий милиции, укрепит семьи и повысит доступность медицинского страхования и пособий по нетрудоспособности.
- ▶ **Снять ограничения в приютах для жертв бытового насилия по приему активных потребителей наркотиков.** Необходимо обучение для сотрудников служб для жертв бытового насилия по вопросам корректной работы с потребителями наркотиков.



## Примечания

1 Приведена доля женщин, официально заявивших о вовлеченности в коммерческий секс. При проведении исследования в Кыргызстане женщин не спрашивали, занимаются ли они сексом в обмен на деньги или наркотики неформально. Полученные в Азербайджане результаты позволяют предположить, что количество женщин занимающихся сексом в обмен на деньги или наркотики, как правило, гораздо больше тех, кто считает себя секс-работниками.

2 Из 150 опрошенных в ходе исследования в Азербайджане 119 (79%) ответили на вопрос о характере своей работы. Из этих 119, 92 женщины (61% всех опрошенных) считают себя секс-работниками. Кроме того, исследование выявило, что 12 (10%) сообщивших о характере работы работают в салонах красоты, которые являются точками коммерческого секса. Если все женщины, работающие в салонах красоты, также неофициально занимаются коммерческим сексом, тогда 69% из всех опрошенных сообщили о занятиях коммерческим сексом в той или иной форме.

3 Historical Abortion Statistics, Kyrgyzstan. – Режим доступа: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-kyrgyzstan.html> (18.06.2009). – Яз. англ.

4 Казахстан CDC. 2006. *Эпидемия ВИЧ в Центральной Азии, презентация Бауржана Жусупова*, октябрь 2006 г. – хранится у автора, Кати Бернс.

5 Исследование в Санкт-Петербурге выявило, что обязательное обследование на ВИЧ-инфекцию планомерно делается потребителям наркотиков вне зависимости от пола, если они поступают для оказания неотложной помощи. Пациентов с положительными результатами изолируют в отдельной палате, «тщательно вычищаемой» после их выписки. По словам сотрудника больницы: *«Хотя по постановлению городских властей, он [анализ на ВИЧ-инфекцию] проводится только с согласия пациента, для нас безопасность наших сотрудников важнее. Во-вторых, таких переносчиков вируса необходимо выявлять тем или иным путем. Все, кто поступают, должны сдать*

кровь на ВИЧ-инфекцию, все формы гепатита и сифилис».

6 См. Бурханов С. Заместительная терапия метадонем в г. Ош, Кыргызская Республика. – 2009. – Режим доступа: [http://www.pgaf.org/files/site2/asset/Sabir\\_RUS.pdf](http://www.pgaf.org/files/site2/asset/Sabir_RUS.pdf) . (19.06.2009).

7 Малюта Р., Клер Торн. *Восточная Европа и Центральная Азия: ПИИ, ВИЧ и ПППМ при наркотической зависимости*, выступление на XVII Международной конференции по СПИДу, г. Мехико, 3 августа 2008 г. – Режим доступа: [http://www.pgaf.org/files/site2/asset/Malyuta\\_RUS.pdf](http://www.pgaf.org/files/site2/asset/Malyuta_RUS.pdf) (29.06.2009); Burns, Katya. *Opioid Substitution Therapy for Pregnant Drug-Users: A Critical Component to supporting maternal, newborn and child health: International Practices and lessons for preventing mother-to-child transmission of HIV in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*, UNICEF CEE/CIS 2009.

8 UNICEF. 2008. *Children and AIDS: Third Stocktaking Report*.

9 Kissin et al. 2008. Abstracts, 2nd EE/CA AIDS conference, Moscow.

10 Приведены данные с поправкой на АРВ профилактику, способ родоразрешения и преждевременное рождение. Нескорректированные данные свидетельствуют о большем расхождении, составляющим 80%.

11 Малюта Р., Клер Торн. *Цит. соч.*

12 Исследования в Азербайджане, Кыргызстане и России не сравнивали показатели бытового насилия среди женщин, употребляющих и не употребляющих наркотики, а потому невозможно заключить, что потребители наркотиков чаще подвергаются насилию. Однако представленные здесь исследования предоставляют факты того, что женщины-потребители наркотиков особенно неохотно взаимодействуют с милицией. Таким образом, в установившемся порядке для больниц сообщать в милицию о случаях бытового насилия, есть дополнительные последствия для употребляющих наркотики женщин, многие из которых подвергались насилию со стороны сотрудников милиции. Женщины-потребители наркотиков также опасаются того, что правоохранительным органами станет известно об их наркозависимости. Подробнее о доступности юридических услуг для женщин, употребляющих наркотики, см. раздел о юридических услугах.

13 Данные о насилии против женщин в Кыргызстане не разделяют бытовое насилие и насилие со стороны клиентов коммерческого секса. По этой причине, приведенная цифра – 38% – охватывает оба вида насилия.





OPEN SOCIETY INSTITUTE